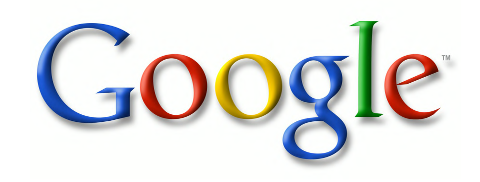


Periodische Depressionszustände

und ihre Pathogenesis

auf dem Boden der harnsauren Diathese.

Von
Professor **C. Lange**
in Kopenhagen.

Autorisierte deutsche Ausgabe
nach der zweiten Auflage des Originals
von
Dr. Hans Kurella.

Hamburg und Leipzig.
Verlag von Leopold Voss.
1896.

Periodische Depressionszustände

und ihre Pathogenesis

auf dem Boden der harnsauren Diathese.

Von

Professor **C. Lange**

in Kopenhagen.

Autorisierte deutsche Ausgabe
nach der zweiten Auflage des Originals
von

Dr. Hans Kurella.

Hamburg und Leipzig.
Verlag von Leopold Voss.
1896.



Druck von Hesse & Becker in Leipzig.

Vorwort des Herausgebers.

Die hier vorgelegte Arbeit ist zuerst als Vortrag bekannt geworden; derselbe wurde am 19. Januar 1886 in der Kopenhagener medizinischen Gesellschaft gehalten. Bald darauf erschien er als Broschüre.

Im Dezember 1895 erschien die zweite Auflage des Vortrags, unverändert, jedoch mit einer Nachschrift versehen. Diese zeigt, dass der Verfasser nach weiterer zehnjähriger Erfahrung seine Auffassung der behandelten Erscheinung nicht geändert hat. Ich habe deshalb auch die ursprüngliche Form der Schrift unverändert gelassen.

Meine eigenen Erfahrungen in einer kleinen Konsultativ-Praxis können die Auffassung *Langes* nur bestätigen. Das ist einer der Gründe, die mich veranlassten, seine Schrift dem deutschen Publikum zugänglich zu machen.

Eine Lektüre der klassischen früheren Arbeit C. *Langes* über *Gemütsbewegungen* (Leipzig 1887) wird das Verständnis der hier vorgetragenen Theorie fördern. Man könnte beiden Schriften etwas mehr Ausführlichkeit wünschen, wenn nicht der litterarische Charakter des geistvollen Autors ganz auf das: *pauca sed matura* gegründet wäre.

Brieg, im Februar 1896.

Dr. med. H. Kurella.

Die Beobachtungen und Untersuchungen, welche ich in der folgenden Abhandlung mitteilen will, besitzen leider nicht den Grad von Exaktheit und Präcision, die man heute mit vollem Recht auch vom Kliniker fordert. Zwar haben diese Mängel ihren Grund nicht ausschliesslich in meiner Unzulänglichkeit, es sind daran auch nicht die Bedingungen schuld, unter denen ich mein Material gesammelt habe — nämlich in meiner konsultativen Privatpraxis — sondern die Schwierigkeiten liegen wesentlich in der Beschaffenheit des Gegenstandes selbst und sind deshalb nicht zu umgehen. Indessen sind die Mängel deshalb nicht geringer, und ich würde sicher noch länger gezaudert haben, die Sache vor ein wissenschaftliches Forum zu bringen, wenn nicht zwei Motive vorgelegen hätten, die mich zur Veröffentlichung meiner Beobachtungen bestimmten.

Das eine ist die grosse praktische Wichtigkeit des Gegenstandes, denn es handelt sich hier um ein sehr häufiges, sehr ernstes und trotzdem in der medizinischen Litteratur fast ganz unbeachtet gebliebenes Leiden. Diese, von mir als „periodische Depression" bezeichnete Krankheitsform ist so häufig, dass ich in der Konsultativ-Praxis auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten, die ich eine Reihe von Jahren hindurch getrieben habe, keine andere Krankheitsform annähernd so häufig gefunden habe, wie diese; nicht einmal die verbreitetsten Neurosen, wie Epilepsie und Hysterie, oder alle Formen

von Neuralgieen zusammengenommen, kommen den periodischen Depressionszuständen an Häufigkeit gleich. In den ca. 12 Jahren, in welchen ich diesem Leiden meine besondere Aufmerksamkeit zugewendet habe, habe ich so ein Material von 700—800 Fällen gesammelt.

Ich will durchaus nicht aus meiner persönlichen Erfahrung einen allgemeinen Schluss auf die Häufigkeit des Leidens ziehen und etwa behaupten, es käme wirklich häufiger vor, als die Epilepsie — obgleich ich im Grunde davon überzeugt bin; denn man kann es sich aus verschiedenen Gründen als möglich denken, dass für die Krankheiten, die einem bestimmten Spezialisten zugewiesen werden, eine gewisse Auslese stattfindet; jedenfalls zeigen meine Erfahrungen, dass das Leiden — wenigstens in Dänemark, sehr häufig vorkommt*); dass es zugleich in der Regel sehr ernst ist, wird aus folgender Schilderung hervorgehen; es handelt sich meist um einen, für den Patienten selbst und für seine ganze Umgebung höchst peinlichen Zustand, der oft, wenn auch mit Unterbrechungen, die Lebenslust und Leistungsfähigkeit seiner Opfer für lange Jahre ganz vernichtet, oder doch sehr herabsetzt, und so ein ganzes Leben, ohne es direkt zu gefährden, verwüsten kann.

Der andere Grund, der mich dazu veranlasst hat, meine Abneigung gegen die Veröffentlichung so unvollständiger Beobachtungen zu überwinden, ist der Wunsch, Rechenschaft abzulegen gegenüber denjenigen meiner Kollegen, die mir Patienten mit der hier be-

*) Ich spreche hier nur von den ernsteren Fällen, bei denen ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wird. Ich werde später darauf zu sprechen kommen, dass es ganz entschieden eine grosse Zahl von Menschen giebt, die an leichteren Formen dieser Krankheit leiden, ohne sich an einen Arzt zu wenden.

sprochenen Krankheitsform zugewiesen haben, ohne dass sich mir bis jetzt die Gelegenheit geboten hätte, mit ihnen in Verbindung zu treten, und ihnen meine Ansicht über die Natur dieses Leidens und die Indikationen seiner Behandlung mitzuteilen. Ich bin fest davon überzeugt und kann es auch vollkommen verstehen, dass ihnen in der Regel die Ratschläge, welche meine Patienten von mir mit nach Hause genommen haben, zum mindesten rätselhaft und unverständlich erschienen sind. Ich habe oft das Bedürfnis empfunden, diesen meinen Kollegen, deren Zahl gar nicht gering ist, nicht nur die Erklärung abzugeben, dass ich doch mit meinen Verordnungen bestimmte Zwecke im Auge hatte, sondern sie möglicherweise auch zu meiner Anschauung zu bekehren.

Dass eine so allgemeine und so wichtige Krankheitsform, wie die, hier behandelten Depressionszustände, so wenig bekannt ist, dass man in der Litteratur nur hier und da schwache Spuren davon antrifft, und dass infolgedessen auch die Ärzte zum grossen Teil nur sehr dunkle, unklare Vorstellungen davon haben, könnte auf den ersten Blick wunderbar erscheinen. Bei näherer Betrachtung lässt sich indessen leicht eine Erklärung dafür finden. Psychiater von Fach, in deren Gebiet die Krankheit eigentlich gehört, haben wenig Gelegenheit, sie zu beobachten, da solche Patienten nur selten in Anstalten gebracht werden; und den übrigen Ärzten, die gewöhnlich nicht leicht eine grössere Anzahl solcher Fälle zur Vergleichung bei der Hand haben, zeigt sich das Krankheitsbild kaum in seiner ganzen Eigentümlichkeit, um so weniger, als diese Patienten aus natürlichen Gründen nicht gerade zu denen gehören, mit welchen sich die Ärzte in ihrer gewöhnlichen Praxis vorzugsweise gern beschäftigen; sie werden für gewöhnlich als wunderliche, schwierige,

unumgängliche Menschen betrachtet, nicht aber als gemütskrank, was sie doch in der That sind, und zwar in wohl ausgeprägter, charakteristischer Form.

Natürlich kommt es aber auch oft genug vor, dass sich der Arzt, diesen Patienten gegenüber in der Lage sieht, „eine Diagnose stellen", oder mit andern Worten, der Krankheit einen Namen geben, sie an irgend einer Stelle dem nosologischen System einreihen zu müssen. Sie wird dann gewöhnlich in dem einen oder andern unserer allgemein gangbaren Krankheitsbegriffe untergebracht, — von denen viele ja genügend vag sind, um die heterogensten Dinge in sich aufzunehmen. Oft wurden mir solche Patienten als „Hypochonder" angemeldet, obschon die Hypochondrie im engeren Sinne, d. h. die krankhafte Furcht vor eingebildeten Krankheiten und das Spekulieren über dieselben, in symptomatologischer Hinsicht nur eine sehr oberflächliche, mit Bezug auf ihren Verlauf und die übrigen nosologischen Momente gar keine Ähnlichkeit mit der periodischen Depression hat. Andere werden als Melancholiker bezeichnet, und das lässt sich unzweifelhaft soweit verantworten, als die üblichen, einigermassen vagen Definitionen der Melancholie in der Regel neben den typischen Formen auch andre Krankheitsbilder umfassen, die auf unsere Patienten gar nicht übel passen. Aber es ist sehr die Frage, ob das nicht auf einer ungenauen Abgrenzung des Begriffes der Melancholie beruht, und ob dieser Begriff nicht viel an Klarheit gewinnen und einen weit homogeneren Inhalt bekommen würde, wenn man sich entschlösse, die Fälle, um die es sich heute handelt, davon auszunehmen; ich werde später auf das Verhältnis zwischen Melancholie und periodischer Depression zurückkommen. — Von pathologischem Interesse ist es, dass ein Teil der hier be-

handelten Fälle seinerzeit unzweifelhaft zur Oxalurie gerechnet worden ist; die Oxalurie (Golding-Bird) — der jüngeren Generation kaum bekannt, jedoch vor 30—40 Jahren ein sehr populärer Krankheitsbegriff, — bildet eine, in symptomatologischer Hinsicht nur undeutlich abgegrenzte Krankheitsgruppe, die allein durch das Vorhandensein von Oxalsäure im Urin der Patienten zusammengehalten wird und auseinanderfiele, sobald sich nachweisen liesse, dass von Oxalsäure im Urin nicht auf Oxalsäure im Blut geschlossen werden darf. Endlich will ich nur noch vorübergehend erwähnen, dass heutzutage viele Fälle von periodischer Depression in die moderne Rumpelkammer für schlecht definierte und bisher noch nicht klassifizierte Nervenleiden nämlich zu der sogenannten „Neurasthenie“ geworfen werden.

Dass eine Gruppe pathologischer Phänomene, einzelner Krankheitsfälle, so spät und mühsam einen bestimmten pathologischen Begriff bildet, hat gewöhnlich seinen Grund entweder darin, dass der einzelne Beobachter bei der relativen Seltenheit der Fälle nur schwer ein Beobachtungsmaterial zu sammeln imstande ist, welches ausreichend wäre, um die gemeinsamen Merkmale des betreffenden Leidens deutlich hervortreten zu lassen; oder darin, dass es überhaupt schwierig ist, aus den einzelnen Beobachtungen, die untereinander stark variieren, ein charakteristisches, typisches Krankheitsbild zusammenzustellen. Hinsichtlich der periodischen Depression ist keines von beiden der Fall; die Häufigkeit dieser Krankheit, wenigstens in der spezialistischen Praxis, habe ich bereits berührt, und was das typische Krankheitsbild betrifft, so lässt sich dasselbe überaus leicht gewinnen, und zwar nicht aus Durchschnittswerten, mit denen wir uns so oft begnügen müssen, — die

uns ein abstraktes Krankheitsbild geben, eine Art Galtonscher Photographie, in der Etwas von allen Komponenten steckt, und die doch keine einzige derselben genau wiedergiebt. Die einzelnen Fälle periodischer Depression können wohl, je nach den angeborenen Eigenschaften der Patienten, ihrer intellektuellen Entwickelung etc. so wie auch nach dem Grade des Leidens stark variieren; aber eine grosse Zahl derselben gleichen einander, wie zwei Tropfen Wasser, und man kann die Patienten oft in Staunen versetzen, wenn man ihnen alle ihre Leiden bis ins Einzelne schildert, sobald man seine Hauptdiagnose gestellt hat.

Das Leiden tritt, — wie es schon der von mir dafür gewählte Name andeutet, — in gesonderten Perioden auf, die von sehr verschiedener Länge, sowie auch von wechselnder Intensität sind. Immerhin aber ist das Krankheitsbild nicht allein innerhalb einer Depressionsperiode, sondern auch in den verschiedenen Anfällen, wesentlich dasselbe.

Die Bezeichnung des Zustandes der Patienten als Niedergedrücktheit, Depression etc. wird dem Leser sofort ein Bild vor die Seele bringen, wie es mit vielen Worten kaum besser zu beschreiben wäre, indessen doch ein Bild, das näherer Erklärung bedarf, um nicht in seiner Bedeutung und seinen psychologischen Bedingungen falsch gedeutet zu werden. Die pathognomonischen Züge des Leidens, die Schwere, Müdigkeit und Schlaffheit, über welche die Patienten beständig klagen, das Gefühl einer Last, die sie geistig und körperlich zu Boden drückt, die Apathie, die sie gegen alles gleichgültig macht, — das alles sind Symptome,

die in psychologischer Hinsicht auf die verschiedenste Weise zustande kommen können, und denen man deshalb bei den sehr verschiedenen Krankheitsformen, in deren Gefolge man sie antrifft, nicht denselben Wert beimessen kann.

Unsere Patienten haben unter der Einwirkung dieses „geistigen Druckes“ die Neigung, alle Arbeit, alle Pflichten abzuwerfen und sich ganz den Gedanken, oder vielmehr — da von „Gedanken“ nicht viel die Rede ist — dem Gefühl ihres Elends hinzugeben; in der That aber haben sie ihre Arbeitsfähigkeit nicht absolut eingebüsst. Es wird ihnen nur sehr schwer, und ist ihnen deshalb höchst unbehaglich, sich irgend etwas vorzunehmen, körperlich oder geistig etwas zu leisten, und sie suchen daher naturgemäss, sich dieser Notwendigkeit zu entziehen, besonders da, wo es sich darum handelt, eine Initiative zu ergreifen, einen Entschluss zu fassen. Überwinden sie sich dagegen und zwingen sich erst einmal zu irgend einer Arbeit, oder werden sie dazu gezwungen, dann geht es ganz gut, und dann weisen ihre Leistungen gewöhnlich auch keine quantitativen oder qualitativen Defekte auf, — ja es scheint fast, als ob ihnen, wenn sie erst einmal mit irgend einer einförmigen, mechanischen Arbeit in Zug gekommen sind, das Aufhören ebenso schwer würde, wie das Anfangen; ich entsinne mich z. B. einiger Patienten, die mir gesagt haben, dass wenn sie sich einmal überwunden, und zu einem Spaziergang aufgerafft haben, es ihnen oft ist, „als müssten sie bis ans Ende der Welt gehen.“

Intelligente Patienten, die sich bemühen, für ihre subjektiven Wahrnehmungen einen treffenden Ausdruck zu finden, beschreiben ihren Zustand oft als „geistige Steifheit, oder Versteinerung“, und haben damit gewiss das beste Wort gefunden für das Gefühl von

Anstrengung und Unlust gegenüber jeder Gedankenthätigkeit, jedem Entschlusse, diese Unaufgelegtheit zu jeder Art von Beschäftigung, die für ihren Zustand so charakteristisch ist. Wenn man nichts anderes in diesen Ausdruck hineinlegt, als er geben will, nämlich ein Bild, so möchte ich fast sagen, dass man von diesen Patienten unwillkürlich den Eindruck bekommt, als ob das Protoplasma in ihren Hirnzellen wirklich starr geworden wäre, so dass die molekulären Umlagerungen darin, welche die Grundlage für geistige Thätigkeit bilden, eines ungewohnt starken, oft eines ganz unmöglichen Impulses bedürfen, um zu stande zu kommen. Dieses Gefühl, dass „alles in ihnen erstarrt" ist, führt ganz natürlich zu jenem Mangel an Lebensmut und Lebensfreude, um den sich ihre ständigen Klagen drehen. Nach der Auffassung ihrer Umgebung haben sie zu nichts Lust; nach ihrer eigenen Ansicht können sie nichts, sind sie zu nichts fähig, ist „ihnen das Leben verdorben". Derselbe Grund, der sie nichts vornehmen lässt, macht sie auch menschenscheu. Es ist nicht die Furcht des Melancholikers vor Menschen, nicht Misstrauen ihnen gegenüber, nicht die Angst vor Nachstellungen u. dergl., was den Deprimierten veranlasst, sich ganz in seiner Einsamkeit abzuschliessen. Der Grund ist einfach der, dass der Umgang mit Menschen Rücksichten verlangt, die ihm schwer fallen. Hat er Gesellschaft, dann muss er doch sprechen, muss dem Gedankengang anderer folgen, Höflichkeitsformen beobachten etc. etc. und alles das kostet ihn soviel Überwindung und Anstrengungen, dass es ganz natürlich ist, wenn er sich ihnen entzieht.

Wenn daher der Deprimierte seine Tage möglichst in Einsamkeit und Nichtsthuen hinzubringen sucht, so liegt das weder daran, dass seine Leistungs-

fähigkeit vernichtet, oder sein Geist von falschen Vorstellungen beherrscht ist, die ihn an der Arbeit hindern, noch auch daran, dass er seine Mitmenschen fürchtet oder verabscheut, sondern der Grund ist ganz einfach der, dass er sich, wie der Ermüdete oder Bekümmerte, dort am Wohlsten fühlt, wo keine Anstrengung, keine Bethätigung irgend welcher Art von ihm verlangt wird.

Und doch kann er sich nur ein relatives Wohlsein verschaffen, indem er sich so jeglicher Anforderung an seine Thatkraft entzieht, denn sein Leiden erstreckt sich auch auf andere geistige Funktionen, die er nicht suspendieren kann, wie — bis zu einem gewissen Grade wenigstens, — „Willensäusserungen“ und Gedankenoperationen. Der Zustand der „Erstarrung“ des Nervensystems, wenn man so sagen darf, der sich auf dem Gebiete dieser Funktionen als Trägheit, Unlust, Ermüdung bei jeder Gedankenoperation, jedem Beschlusse kund giebt, äussert sich auf dem Gebiet des Gefühls in ganz analoger Weise als mehr oder weniger ausgeprägte Gleichgültigkeit gegen alles, als ein oft absoluter Mangel an Interesse und Teilnahme, selbst gegenüber den liebsten, nächststehenden Menschen und allem, was um sie her vorgeht. Bei intelligenten Patienten, besonders bei solchen aus den gebildeten Klassen wird diese tiefe Gleichgültigkeit gegen die Umgebung oft dadurch verdeckt, dass sie die gewohnten konventionellen Formen, durch die man Interesse und gegenseitige Teilnahme zu äussern pflegt, so gut es geht weiter üben; Formen, deren ganze Inhaltlosigkeit erst zu Tage tritt, wenn man in nähere Berührung mit den Kranken kommt, oder wenn sie selbst sich zu offenen unverhohlenen Aussprachen entschliessen. In vielen Fällen klagen die Patienten am meisten über diese „geistige Leere“, diese Unfähigkeit, für Mit-

menschen, oder Ereignisse, oder die sie umgebende Natur das mindeste Interesse zu fühlen.

Als Quintessenz ihrer geistigen Leiden und Qualen wird oft von den Kranken selbst ein Gefühl des Kummers, des Unglücklichseins angegeben, und das Bild, das sich dem Beobachter darbietet, ist ja auch ganz das eines Bekümmerten, um so mehr, als der Patient geneigt ist, bei der geringsten Veranlassung in Thränen auszubrechen. Die verhältnismässig wenigen Patienten, die nicht Anfälle von Weinen haben, fühlen doch jedenfalls häufig ein heftiges Bedürfnis, sich auszuweinen, und sind überzeugt, dass Thränen eine Wohlthat für sie sein, ihr Herz erleichtern würden, — was jedoch nicht immer und unter allen Umständen der Fall ist. In Wirklichkeit ist ja zwischen dem hier geschilderten Zustand und dem, der gewöhnlich als Kummer bezeichnet wird, kein anderer Unterschied, als dass dieser eine psychische Ursache hat, welche, wie wir später sehen werden, bei der Depression fehlt oder doch nicht in entsprechendem Grade vorhanden ist. Auch sind sich die Patienten, — zum Unterschied von den Melancholikern — immer vollkommen bewusst, dass dieses Gefühl des Unglücks ganz unmotiviert, oder doch durch die vorübergehenden kleinen Kümmernisse, die vielleicht den Anstoss dazu gegeben haben, durchaus unzureichend begründet ist.

Der Kummer ist, was seine physiologischen Phänomene anbelangt, so nahe verwandt mit der Angst, dass es nicht wunder nehmen darf, wenn man in dem krankhaften Zustande der Patienten, um die es sich hier handelt, eine grössere oder geringere Beimischung von Angst findet. Es ist dies durchaus nicht konstant, in vielen Fällen fehlt das Angstgefühl vollständig, dafür giebt es andere Fälle, in denen dasselbe so

stark ausgeprägt ist, dass die eigentliche Depression, — die aber immer periodisch, z. B. immer Nachts auftritt — ihm gegenüber ganz zurücktritt. Dieses Angstgefühl entsteht ebensowenig, wie der Kummer oder das Gefühl des Unglücks aus irgend einer Zwangsvorstellung, noch weniger aus irgend einer Hallucination. Die Patienten werden weder durch eingebildete Verfolgungen noch durch drohende Stimmen oder dergleichen in Schrecken versetzt; sie sind sich der Grundlosigkeit ihrer Angst ganz ebenso bewusst, wie der ihres Kummers. Diese Angst hat auch gar keinen bestimmten Grund, sie fürchten sich nicht vor diesem oder jenem, sondern sind nur beherrscht von einem allgemeinen, unbestimmten Angstgefühl, und wenn manche Patienten, besonders solche aus den niederen Klassen, von einer wahren „Todesangst“ sprechen, so wollen sie damit durchaus nicht etwa sagen, dass sie sich vor dem Tode fürchten, sondern wollen nur einen Ausdruck für die Stärke ihres Gefühls finden.

Selbstverständlich zeigt das Krankheitsbild verschiedene Nüancen, je nachdem die Trägheit oder die Apathie vorherrschend ist, und je nachdem das Gefühl des Elends oder die Angst stärker ausgeprägt ist. Im ganzen kann man sagen, dass der Zustand männlicher Patienten vorzugsweise durch einen Mangel an Initiative, durch die Schwierigkeit, sich zur Arbeit zu entschliessen, charakterisiert wird, während bei Frauen oft die Abstumpfung des Gefühls in den Vordergrund tritt. Dieses Verhalten ist wohl eher auf einen Gegensatz zwischen dem normalen und krankhaften Zustande zurückzuführen, als auf einen Unterschied beider Geschlechter mit Bezug auf ihre Veranlagung, und überhaupt ist diese Verschiedenheit nicht so stark ausgesprochen, dass sie dem Krankheitsbilde beim

Manne und beim Weibe, ein wesentlich eigenartiges Gepräge giebt.

Die körperlichen Symptome sind im Ganzen weniger wichtig und weniger konstant, als die psychischen, und halten auch mit letzteren nicht in dem Masse Schritt, dass man sagen könnte, sie wären bei denjenigen Patienten am stärksten ausgesprochen, die auch psychisch am intensivsten leiden. Natürlich trägt der körperliche Habitus, und besonders der Gesichtsausdruck oft den Stempel eines deprimierten Seelenzustandes, so dass die Patienten unglücklich, „bedrückt" aussehen; aber das ist durchaus keine konstante Erscheinung, und man darf sich auf keinen Fall schmeicheln, das Leiden immer aus dem Aussehen der Patienten diagnostizieren zu können. Dies liegt teils daran, dass, wie später noch erörtert werden soll, auch innerhalb der Krankheitsperioden oft ein bedeutender Wechsel im Befinden eintritt, so dass man gelegentlich einen schwer leidenden Patienten momentan in einem Zustande antreffen kann, der ihm keine Veranlassung giebt, unglücklich auszusehen; teils aber hat dieser Umstand seinen Grund darin, dass viele Menschen, besonders die geistig besser entwickelten, sich ausdrücklich befleissigen, soviel Herrschaft über sich zu gewinnen, dass ihr psychischer Zustand sich nicht in ihrem Äusseren allzu deutlich wiederspiegelt. Während es daher oft sehr leicht ist, einem Patienten aus dem Bauernstande, — in dem die Krankheit sehr häufig ist, — sein Leiden vom Gesichte abzulesen, gehört es zu den Ausnahmen, dass man bei einem Patienten aus den sogenannten „gebildeten Klassen" die Krankheit diagnostizieren kann, sobald er das Zimmer betritt.

Ich möchte hier, bevor ich das Verhalten des Patienten dem Arzte gegenüber bespreche, auf einen

anderen Umstand aufmerksam machen, der zwar an sich sehr unwesentlich, doch für diese Kranken charakteristisch ist, und der dazu beitragen kann, die Diagnose zu erschweren. Es kommt — in meiner Praxis wenigstens — nur ausnahmsweise vor, dass einer von den hier besprochenen Patienten, wenn er sich dem Arzte zum ersten Male vorstellt und aufgefordert wird, sein Leiden anzugeben, gleich von vornherein alles sagt und von seiner Stimmung, seinem Gemütszustande spricht. Fast jedesmal erhält man als Antwort auf die ärztliche Frage irgend eine Klage über die eine oder die andere körperliche Empfindung wie: Kopfschmerzen, Schwindel, Rückenschmerzen, Empfindungen im Abdomen etc. etc.; Klagen, die in der Regel sehr geringe objektive Begründung haben, da man später, wenn man erst mit den Patienten über die eigentliche Natur ihres Leidens einig geworden ist, nur sehr selten etwas davon hört. Es liegt diesem Verhalten zweifellos eine bewusste Unlust der Patienten zu Grunde, ein Gemütsleiden einzugestehen oder vielmehr, sich selbst desselben anzuklagen; auf der anderen Seite aber fühlen sie sich oft sichtlich erleichtert, wenn sie sich durchschaut sehen, und wenn ihnen die direkte Frage vorgelegt wird, ob es nicht ihr Gemüt ist, das leidet, — eine Frage, über die sie sich selbst nicht ganz klar waren, und die sie jedenfalls immer zu umgehen suchten.

Es kommt häufig vor, dass die Patienten während der Krankheitsperiode abmagern, ob es sich aber hier um wirklichen Substanzverlust handelt, oder ob nicht oft der herabgesetzte Turgor, der Kollaps, der bei vielen Patienten gleich bei Beginn des Leidens eintritt, die eigentliche Ursache der scheinbaren Fleischabnahme bildet, ist nicht immer leicht zu entscheiden. Wirkliche beweiskräftige Wägungen lassen sich bei

ambulanten Patienten, bei denen es sich doch unter allen Umständen nur um geringe und gradweise zu stande kommende Gewichtsunterschiede handelt, nicht durchführen. Der oben erwähnte Kollaps ist oft deutlich ausgesprochen. Die Patienten werden etwas blässer, als gewöhnlich, sie frösteln häufig und klagen besonders über kalte Hände und Füsse, ein Zustand, der jedoch in vielen Fällen von plötzlichen Hitzeparoxysmen, die sich bald über den ganzen Körper erstrecken, bald auf den Kopf allein beschränken, unterbrochen wird. Ein hervorragendes Symptom der Krankheit bildet in vielen Fällen die Transpiration, teils als allgemeine Neigung, leicht in Schweiss zu geraten, teils als plötzliche, anscheinend unmotivierte Schweissparoxysmen, die besonders häufig des Nachts auftreten. Der Puls erreicht keine auffallende Abnormität; einzelne Patienten, die gewohnt sind, sich selbst zu beobachten, meinen, dass in den Zeiten, wo sie sich schlecht befinden, ihr Puls etwas langsamer schlägt, als in den Perioden von Wohlbefinden.

Der Schlaf ist oft unruhig, von ängstlichen Träumen unterbrochen, und manchmal — aber durchaus nicht immer, — bildet Schlaflosigkeit ein sehr quälendes Krankheitssymptom. Man darf sich nicht irreführen lassen durch die Antwort, die man fast immer auf die Frage nach dem Schlafe erhält: „ach, mir ist, als könnte ich beständig schlafen“. Das ist nichts, als der Ausdruck des geistigen und körperlichen Müdigkeits- und Schlaffheitsgefühl der Kranken, und wenn man näher auf den Grund geht, dann stellt sich heraus, dass ihr Schlaf durchaus nicht fest und ununterbrochen ist. Andrerseits kommt es nicht selten vor, dass Patienten, auch solche, deren Depression einen hohen Grad erreicht hat, gut und ruhig schlafen, so dass sie sich nach der Nacht, als einer wohlthätigen

Unterbrechung ihrer Leiden, förmlich sehnen. Das Erwachen ist dann um so peinlicher, als die ersten Morgenstunden gewöhnlich der schlimmste Teil des Tages sind. Das Kummer- und Angstgefühl — oft von dem bekannten nagenden Schmerz im Epigastrium begleitet — erreicht in diesen Stunden seinen höchsten Grad, um sich dann im Lauf des Tages allmählich zu verlieren, besonders gegen Abend, wo das Befinden der Kranken fast völlig normal wird. Diese Morgenexazerbation und Abendremission ist besonders charakteristisch, und in mehr als der Hälfte aller Fälle stark ausgeprägt; in manchen Fällen scheint sie indessen völlig zu fehlen, und einige wenige Patienten geben sogar an, dass das Gegenteil bei ihnen der Fall ist; indessen scheint dieses umgekehrte Verhalten doch nie ein so ausgesprochenes Gepräge zu haben, wie es der Gegensatz zwischen dem qualvollen Morgen und den freien und leichten Abendstunden zeigt.

Der Appetit ist in vielen Fällen nur mässig, die Verdauung scheint bei der Mehrzahl der Patienten ziemlich träge zu sein, oft besteht ausgesprochene Obstipation; die Menstruation verläuft auch während der Krankheitsperiode ungestört und scheint ihrerseits keinen Einfluss auf das Befinden der Kranken auszuüben. Zwar behaupten einige weibliche Patienten, sich während der Menses schlechter zu befinden, während es anderen nach ihrer Aussage gerade während dieser Zeit am besten geht; indessen sind diese Angaben zu unbestimmt und vereinzelt, um ihnen eine besondere Bedeutung beizumessen. Einige wenige weibliche Kranke wollen mit Bestimmtheit eine an die Menstruation geknüpfte ausgesprochene Periodizität ihres Leidens beobachtet haben und zwar in der Weise, dass sie sich in den Tagen mitten zwischen zwei Menstruationsperioden am wohlsten fühlen, und

dass ihr Befinden immer schlechter und schlechter wird, je mehr sie sich der letzteren nähern, — oder gerade umgekehrt; aber ich habe nicht Gelegenheit gehabt, die Zuverlässigkeit dieser Angaben zu konstatieren. Auf das Verhalten des Urins, dem ich für die Pathogenese des Leidens entscheidendes Gewicht beimesse, komme ich später, bei Besprechung der letzteren noch zurück.

Es wird mir nun vielleicht von verschiedenen Seiten der Einwand gemacht werden, dass das Krankheitsbild, das ich hier in seinen Umrissen skizziert habe, nichts besonders Eigentümliches darbietet, indem es, besonders in seinen Hauptzügen, mit dem Bilde eines Melancholikers, der sich in dem leichtesten Stadium seiner Krankheit befindet, übereinstimmt; man wird sagen, dass die von mir sogenannte periodische Depression nichts anderes ist, als was einige Autoren das erste, das Depressionsstadium der Melancholie nennen. Das ist, wie bereits angedeutet, so weit richtig, als in neuerer Zeit das Krankheitsbild der Melancholie einigermassen verzerrt und verwischt worden ist, und zwar dadurch, dass die Psychiater, die, wie sie selbst ausdrücklich hervorheben, „das erste Stadium in der Regel nicht zu sehen bekommen“, auf Grund einer gewissen, oberflächlichen Ähnlichkeit die Depression mit zur Melancholie rechnen und sie als erste Phase dieser letzteren betrachten. Und doch hat die Depression, wie ich sie hier geschildert habe, nichts mit der Melancholie zu thun; die Deprimierten werden nie zu Melancholikern, und es ist daher durchaus unzulässig, sie als im ersten Stadium der Melancholie

stehend zu bezeichnen, bloss weil ihr Leiden bei flüchtiger Beobachtung eine gewisse Ähnlichkeit mit leichter Melancholie zeigt. Ich habe viele meiner Patienten während einer ganzen Reihe von Jahren beobachtet, und von einer noch grösseren Zahl von Kranken kenne ich den ganzen, langen Krankheits- und Lebenslauf aus ihren Erzählungen, und nicht ein einziger unter Hunderten von Patienten, die ich so kontrollieren konnte, ist der Melancholie jetzt näher als zu Beginn seiner Krankheit vor vielleicht 30, 40 Jahren; kein einziger hat Zwangsvorstellungen oder Hallucinationen bekommen.*)

Ist es nun schon dem Verlauf der Krankheit nach unberechtigt, die Depression einfach der Melancholie zuzurechnen, so ist es noch viel unzulässiger aus psychologischen Gründen, — und doch steht das psychiatrische System hier auf psychologischer Basis, so dass die Psychologie bei einer Abgrenzung dieser Krankheitsbegriffe ausschlaggebend sein sollte. Das Charakteristische für den Melancholiker ist, dass seine Kummer- und Angstgefühle aus Zwangsvorstellungen, eingebildeten Verfolgungen oder Hallucinationen entspringen, und dass er infolgedessen seine Verzweiflung für durchaus begründet hält. Bei den Deprimierten dagegen findet man, so alt ihr Leiden auch sein und

*) Drei haben Selbstmord begangen, aber alle diese drei waren Patienten, die ich nur ganz oberflächlich kannte, so dass es leicht möglich ist, dass meine Diagnose falsch war, und es sich hier in der That um Melancholie handelte. Im übrigen läge nichts besonderes Auffallendes darin, wenn die Deprimierten durch ihr oft sehr ernstes Leiden in einzelnen Fällen zum Selbstmord getrieben würden, auch ohne dass Zwangsvorstellungen mit im Spiele sind. Nichts ist häufiger, als dass sie selbst das Gefühl haben, ihre Leiden müssten mit Selbstmord enden, wenn auch die Gefahr, dass sie diesen Gedanken in eine That umsetzen nur gering, oder gar nicht vorhanden ist.

so heftig es auftreten mag, keine Spur von Wahnvorstellungen, oder gar von Hallucinationen. Ihre Krankheit besteht einzig und allein in einer Stimmungsanomalie, und sie sind sich immer vollständig klar darüber, dass dieselbe in den äusseren Verhältnissen durchaus nicht begründet ist. Das ist doch gewiss ein tiefgehender, psychologischer Unterschied. Dazu kommt nun noch der ganze äussere Verlauf der Krankheit, der das ganze Leben dieser zwei Klassen von Patienten so durchaus verschieden gestaltet. Bei Melancholikern ist die Periodizität zwar nicht ganz unbekannt, gehört aber doch zu den Ausnahmen, die höchstwahrscheinlich noch viel seltener wären, als sie es schon sind, wenn sorgfältig alle Fälle von Depression ausgemerzt würden, die jetzt noch zur Melancholie zählen. Bei den Deprimierten dagegen ist die Periodizität konstant und bildet ein so hervortretendes Symptom, dass es sehr nahe liegt, den Namen der Krankheit mit Rücksicht hierauf zu wählen. In folgendem will ich nun den periodischen Verlauf der Krankheit näher schildern.

So einförmig, wie das Krankheitsbild innerhalb der Grenzen der Depressionsperioden ist, so wechselnd ist es, was die Periodizität selbst betrifft, die nicht nur bei den verschiedenen Patienten verschieden auftritt, sondern auch bei den einzelnen Kranken meist ganz unregelmässig ist. Die Regellosigkeit kommt nicht allein daher, dass die Krankheitsperioden — wie ich später zeigen werde — manchmal durch ungünstige äussere Verhältnisse hervorgerufen, und ebenso durch günstige Bedingungen verhindert oder coupiert werden können, sondern sie

scheint wesentlich in der Natur des Leidens selbst begründet zu sein, indem eine Beeinflussung des Krankheitsverlaufs durch äussere Umstände doch nur ausnahmsweise stattfindet, oder sich doch nur ausnahmsweise konstatieren lässt.

Fragt man nach der Dauer der Depressionsperioden oder des freien Zwischenraumes, so erfährt man keine bestimmte Regel, kaum irgend etwas von einem gewohnheitsmässigen Verhalten, jedenfalls muss man um von dem „Gewöhnlichen" zu sprechen, einen sehr grossen Spielraum lassen, und kann höchstens sagen, dass die Krankheitsperiode 3—6 Monate, die freie Zeit vielleicht etwas länger dauert. Indessen ist es nichts Ungewöhnliches, dass die Depressionsperiode viel länger dauert, vielleicht ein Jahr, vielleicht auch zwei, und die freie Zeit sich auf eine noch längere Zeit, bis zu drei, vier Jahren, ja noch mehr, erstreckt. Auf der anderen Seite giebt es Fälle, wo die Perioden ganz kurz sind, wo die Depressionen einen Monat oder nur einige wenige Wochen, mit entsprechend kurzer krankheitsfreier Zeit dauern. Im grossen und ganzen kann man wohl sagen, dass langen Depressionsperioden auch lange krankheitsfreie Zeiten entsprechen, und umgekehrt, wenn auch die einzelnen Fälle manche Ausnahmen von dieser Regel zeigen.

Während sich so für die meisten Patienten keine bestimmte Regel aufstellen lässt, weder für den Typus der Periodizität noch für die Dauer der einzelnen Perioden, giebt es doch auch gar nicht wenig Fälle, in denen die Krankheit in dieser Hinsicht mit einer gewissen Gleichmässigkeit auftritt, jedenfalls längere Lebensabschnitte umfasst. Als allgemeine Regel kann man sagen: je kürzer die Perioden sind, desto mehr neigen sie dazu, in regelmässig intermittierendem Typus aufzutreten. So haben z. B. manche Patienten

alle halbe Jahre Depressionsperioden von 1—2 Monaten, — im Frühjahr und Herbst, oder im Sommer und Winter. Fällt die Krankheitsepoche zufällig in den Winter, so wird selbstverständlich angenommen, dass die Kälte einen ungünstigen Einfluss ausübt, während die Schuld im entgegengesetzten Fall auf die Hitze geschoben wird; indessen glaube ich nicht, dass die Temperatur einen merklichen Einfluss auf die Krankheit ausübt, — die Depression tritt ebenso leicht im Sommer, wie im Winter auf, doch befinden sich die Patienten im Sommer wohl im allgemeinen unter günstigeren Verhältnissen, die das Bekämpfen der Krankheit erleichtern, und kommen deshalb in dieser Jahreszeit besser über die kritische Periode hinweg, als im Winter. In den ziemlich seltenen Fällen mit ganz kurzen Perioden kann, — wenigstens nach Aussage einzelner Patienten, — der Wechsel so regelmässig stattfinden, dass sie genau angeben können, an welchem Tage die Depression eintreten, und ebenso, wann sie aufhören wird; es handelt sich hier meist um Depressionsperioden von ungefähr der Dauer einer Woche mit einem freien Zwischenraum von ein paar Wochen. Dieses Verhalten ist jedoch äusserst selten, und scheint später, wenn das Leiden schon eine längere Zeit hindurch gedauert hat, meist von der gewöhnlichen Unregelmässigkeit abgelöst zu werden.

Auch die Depressionsperiode an sich verläuft, — wenigstens wenn sie zu den langwierigen gehört, — nie ganz gleichmässig und einförmig, auch abgesehen von den bereits erwähnten, häufigen Abendremissionen; es ist vielmehr fast immer ein gewisser wellenförmiger Verlauf des Depressionsanfalls zu konstatieren, indem Wochen oder Monate schweren Leidens mit ähnlich langen Zeiten relativen Wohlbefindens abwechseln, und innerhalb dieser grösseren und längeren Zeit-

räume kann man dann wieder eine Menge kleinerer Schwingungen beobachten, die tage-, ja selbst nur stundenlang dauern.

Wenn man dieses beständige Steigen und Sinken des Befindens innerhalb derselben Depressionsperiode beobachtet, — als welches ja bei den verschiedenen Patienten in ganz verschiedenem Grade ausgesprochen sein kann, — das aber doch fast niemals ganz fehlt, so sieht man sich notwendig zu der Frage gedrängt, ob nicht alle die Veränderungen, die im Verlauf der Krankheit auftreten, auf ähnlichen Schwingungen beruhen, und ob diese Patienten, wenn ihr Leiden einmal begonnen hat, überhaupt jemals wieder zum normalen Niveau zurückkehren; mit anderen Worten, ob die Perioden, die ich als „freie" bezeichnet habe, in der That vollständige Intermissionen, oder möglicherweise nur starke Remissionen mit relativem Wohlbefinden sind, die von dem Patienten und seiner Umgebung nur im Gegensatz zu der Zeit schweren Leidens als Gesundheit bezeichnet werden. Man ist ja bei der Beantwortung dieser Frage wesentlich abhängig von dem Urteil der Patienten selbst und ihrer ständigen Umgebung, und man ist deshalb in den meisten Fällen gezwungen, auf eine bestimmte Entscheidung der Sache zu verzichten; oft erfährt man allerdings, dass die Patienten sich seit dem Beginn ihrer Krankheit, oder gar so lange wie ihr Gedächtnis zurückreicht, niemals ganz frei von einem gewissen geistigen Druck gefühlt haben, nie so recht lebenslustig und froh gewesen sind, ohne sich doch dabei irgendwie abnorm oder eigentlich krank zu fühlen. Aber auf der anderen Seite giebt es viele Patienten, — und zwar nicht selten solche, die in ihren schlimmen Zeiten am schwersten leiden, — die uns selbst versichern, „von Natur" einen ausgezeichneten Humor zu besitzen; sie geben an,

vor dem Beginn der Krankheit immer froh und munter gewesen, und auch jetzt in den Zwischenpausen zwischen ihren Anfällen in der besten Stimmung zu sein, ohne dass doch (was nicht übersehen werden darf) diese gute Stimmung irgendwie den Charakter krankhaft gesteigerter Heiterkeit trüge, wodurch die ganze Krankheit auf das Gebiet der zirkulären Geistesstörungen hinüberleiten würde. Selbst wo die Intermissionen anfangs vollständig sind, scheinen sie oft, besonders in hartnäckigen, langwierigen Fällen, und besonders bei älteren Leuten, mit der Zeit weniger rein zu werden, und ich kenne mehrere alte Patienten, bei denen die Hoffnung, auch nur eine nennenswerte Remission ihrer Leiden zu erreichen, äusserst gering ist.

Unter solchem beständigen Hin und Her zwischen Krankheit und absolutem oder relativem Wohlbefinden schleppen diese Unglückseligen oft einen beträchtlichen Teil ihres Lebens hin, und dieser beklagenswerte Zustand ist für sie um so schwerer zu ertragen, als er von ihrer Umgebung in den meisten Fällen nicht als krankhaft betrachtet wird, sondern als der Ausdruck ihrer Gleichgültigkeit, ihres galligen, verbitterten, schwer umgänglichen Temperaments. Ja sie selbst teilen oft in gewissem Grade die Auffassung, und daher kommt es, dass sicherlich nur ein Bruchteil der Patienten ärztliche Hilfe für ihre Leiden sucht. Wer einen scharfen Blick für die Erscheinungen der periodischen Depression besitzt, wird mit Leichtigkeit die einfachen Formen dieses Leidens bei einer grossen Zahl von Menschen erkennen, die daran gewöhnt sind, ihre Zeiten von „schlechter Laune“ und Unlust zu allem und jedem als etwas hinzunehmen, das zu den Wechselfällen jedes Menschenlebens gehört; ja man könnte vielleicht sagen, dass es nur wenige Menschen giebt, die von Anfällen dieses Leidens absolut frei sind.

Die Dauer dieser Krankheit ist bei den verschiedenen Patienten sehr verschieden und hängt wesentlich ab von dem Zeitpunkt des Auftretens der ersten Depressionsperiode, denn wenn jemand erst einmal eine Beute der Krankheit geworden ist, dann lässt sie ihn schwerlich früher als in vorgerücktem Alter los. Ich glaube annehmen zu können, je früher im Leben sich die Depressionsperioden einstellen, desto eher zeigen sie auch die Neigung, wieder abzunehmen; indessen muss ich einräumen, dass es, selbst bei langjähriger Erfahrung schwierig ist, sich mit voller Bestimmtheit über diesen Punkt zu äussern, zumal dieses Verhalten nichts weniger als regelmässig ist. Die erste ausgesprochene Depressionsperiode fällt in mehr als der Hälfte der Fälle in die Zeit zwischen dem 25. und 35. Jahre, häufig jedoch auch in das Alter zwischen 20 und 25 oder in die Zeit zwischen der Pubertät und dem 20. Jahre. Kinder mit ausgesprochenen Depressionsperioden habe ich selbst nie beobachtet, aber die Erzählungen verschiedener Patienten über ihren Zustand im Kindesalter machen es unzweifelhaft für mich, dass auch Kinder, wenn schon selten, an dieser Krankheit leiden können. Nach dem 25. Jahre verringert sich das Kontingent der Erkrankungen schnell von Jahr zu Jahr, so dass es zu den Seltenheiten gehört, wenn eine Person, die bis dahin ganz frei gewesen ist, nach ihrem 50. Jahre von der Krankheit ergriffen wird; indessen kann es doch vorkommen; ich habe sogar Patienten gehabt, die mit Bestimmtheit behaupteten, vor dem 60. Jahre keine Spur von Depressionen gehabt zu haben, und gerade in diesen Fällen trat die Krankheit besonders schwer auf, die Remissionen waren kurz und unvollständig, die Behandlung resultatlos.

Bleibt die Krankheit sich selbst überlassen, so scheint ihr regelmässiger Verlauf der zu sein, dass sie sich eine Reihe von Jahren hindurch verschlimmert: die Depressionsperioden werden allmählich länger, die Niedergeschlagenheit intensiver, die Intermissionen werden weniger rein. In vorgerückterem Alter, nach dem 60. Jahre ungefähr, scheint, wenigstens in manchen Fällen, die Neigung zu spontaner Besserung zu bestehen. In früheren Lebensperioden ist eine solche Besserung oder Heilung „von selbst“ absolut selten; doch höre ich ab und zu von Eltern, dass sie in dem Leiden ihrer Kinder Zustände wiedererkennen, welche sie selbst durchgemacht und dass sie solche Depressionen schon in jüngeren Jahren überwunden haben. Ich will an dieser Stelle nur noch erwähnen, dass die Gravidität und die Depressionszustände nicht nebeneinander vorzukommen scheinen; soweit meine Erfahrung reicht, ist es eine feste Regel, dass eine bestehende Depression durch den Eintritt der Gravidität coupiert wird und sich nicht eher wieder einfindet, als bis die Zeit der Schwangerschaft, und wahrscheinlich auch die der Lactation vorüber ist.*)

Was die Ursachen des Leidens betrifft, so ist, wenn wir zuerst die disponierenden Momente betrachten, neben dem Alter, dessen Bedeutung ich bereits erwähnt habe, nur die Erblichkeit von Bedeutung, aber allerdings auch von entscheidender Bedeutung. Das Geschlecht ist ohne merklichen Einfluss auf die Krankheit; es sei denn, dass Frauen vielleicht im Durchschnitt in etwas früherem Alter von ihr ergriffen werden, als Männer. Von ebenso geringem Einfluss

*) Vgl. jedoch S. 43, unten. — Kurella.

scheint Lebensstellung, Beschäftigung und Bildungsgrad der Patienten zu sein. Das für die Entstehung nervöser und psychischer Leiden so oft verantwortlich gemachte Moment des rastlosen, unruhigen, grossstädtischen Lebens spielt für die periodische Depression offenbar keine Rolle; sie kommt unter der Landbevölkerung, ja unter Bewohnern ganz abgelegener Gegenden ebensowohl vor, wie in der Hauptstadt, und betrifft ebenso häufig Individuen mit ganz unentwickeltem, monotonem und interessearmem Geistesleben, wie solche, die mitten im intensivsten Geschäfts- oder Gedankenleben stehen. Während das Leiden sich so auf alle Gesellschaftsschichten, beide Geschlechter, und so gut wie jede Altersklasse erstreckt, ist es doch andererseits mit Bezug auf die Wahl seiner Opfer sehr eingeschränkt. Gegenüber den Individuen ohne erbliche Disposition ist es fast ganz machtlos. Es giebt kein anderes nervöses Leiden, überhaupt nur wenige Krankheiten, — und dann nur solche, die zu der periodischen Depression in einem gewissen Verwandtschaftsverhältnis stehen, — für welche die Erblichkeit eine so entscheidende Bedeutung besitzt, wie die Krankheit, welche uns hier beschäftigt. Nur bei einer ganz geringen Zahl meiner Patienten hat sich eine erbliche Anlage nicht mit Sicherheit feststellen lassen, und nur bei sehr wenigen von ihnen war Vererbung wirklich ausgeschlossen; selbst in denjenigen Fällen, wo die Eltern der betreffenden Patienten mit Bestimmtheit angaben, nicht an periodischer Depression gelitten zu haben, war doch häufig erbliche Disposition in anderer Form vorhanden, wie ich weiter unten zeigen werde.

Die Depression vererbt sich ebenso leicht vom Vater wie von der Mutter auf die Kinder. In manchen Fällen liess sich die Vererbung nur daran erkennen, dass mehrere

Geschwister eine Beute der Krankheit wurden, — was überhaupt sehr häufig der Fall ist, — ohne dass mit Sicherheit festzustellen war, dass eines der Eltern daran gelitten hatte. Ob jemals die Kinder ganz frei bleiben, wenn eines der Eltern, — oder gar alle beide, — an der Krankheit gelitten haben, lässt sich schwer feststellen, da es ja einem Arzte nur selten vergönnt ist, über den pathologischen Lebenslauf einer ganzen Generation während einer genügend langen Reihe von Jahren genau Buch zu führen; aber sicher trifft man nicht selten Familien, bei denen verschiedene Generationen schwer unter derKrankheit zu leiden haben.

Während es so ganz ausgemacht ist, dass die Mehrzahl der Patienten von Geburt an zu der Krankheit, die in einer späteren Periode ihres Lebens zum Ausbruch kommt, disponiert sind, so soll damit nicht gesagt sein, dass zufällige Gelegenheitsursachen, die ganze Art und Weise, wie sich das Dasein für sie gestaltet, — ihr inneres und äusseres Leben, für die Entwickelung der Krankheit, den Zeitpunkt des Eintretens der ersten Depression oder der späteren Anfälle ohne Bedeutung wäre. Wenn ich weiter unten auf die Pathogenese der Krankheit zu sprechen komme, wird es klar werden, dass eine zweckmässige Diätetik im weitesten Sinne des Worts für die Bekämpfung der angeborenen krankhaften Disposition von allergrösster Bedeutung ist, und ebenso wird es einleuchten, dass diese Disposition lange Zeit, vielleicht das ganze Leben hindurch im Zaum gehalten werden kann, wenn die Lebensverhältnisse derart sind, dass sie der krankhaften Anlage entgegenarbeiten, und wo zufällige Gelegenheitsursachen fehlen. Diese letzteren sind, wie bereits bemerkt, sicher nicht notwendig, weder für die Entwickelung der Krankheit überhaupt, noch für das Auftreten der einzelnen Depressionsperioden; in

der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle sind alle Forschungen nach occasionellen Momenten ganz vergebens gewesen, und die Patienten selbst bleiben auch dabei, dass ihre Krankheitsanfälle „ganz von selbst“ kommen. Von dieser Regel giebt es indessen nicht wenige Ausnahmen. Es ist gar nicht selten, dass die Patienten die Schuld für den Ausbruch ihrer Depressionsperiode auf irgend eine Anstrengung schieben, besonders wenn dieselbe mit psychischer Unruhe und Spannung verbunden war, — wie z. B. Nachtwachen bei einem kranken Familienmitglied — oder auf eine geistige „Erschütterung“, oder schliesslich, und zwar besonders oft, auf einen Kummer; letzteres erscheint ganz besonders einleuchtend, da die Wirkungen des Kummers ja, wie bereits erwähnt, in allem Wesentlichen mit dem Zustand übereinstimmen, in dem die Kranken sich während der Depressionsperiode befinden. Solche durch zufällige Begebenheiten hervorgerufene Depressionsperioden entwickeln sich oft verhältnismässig acut, so dass der krankhafte Seelenzustand sehr bald, manchmal in ein paar Augenblicken, einen hohen Grad erreicht, während die Entwickelung sonst langsam und allmählich vor sich geht.

Was die Pathogenese der periodischen Depression betrifft, so muss ich gestehen, dass ich mich wahrscheinlich mit demselben negativen Standpunkt begnügt hätte, mit dem man sich den Geistesstörungen gegenüber gewöhnlich begnügt, wenn sich mir nicht während der Beschäftigung mit dieser Krankheit Gesichtspunkte für eine positivere pathogenetische Auffassung aufgedrängt hätten.

Von der ersten Zeit an, wo die Erfahrung mich gelehrt hat, in der periodischen Depression eine eigenartige Form psychischer Störung zu sehen, so dass ich mich veranlasst sah, die hierhergehörigen Patienten als besondere Gruppe abzusondern, fiel es mir auf, wie oft mir von diesen Patienten unaufgefordert die Mitteilung gemacht wurde, sie litten an „Harngries", ein Ausdruck, der im Munde von Laien nichts anderes bedeutet, als das bekannte sedimentum lateritium im Urin. Als ich auf diese Angaben hin den Urin der Patienten mit Rücksicht auf dieses Verhalten systematisch zu untersuchen anfing, fand ich sehr bald, dass die Sache sich wirklich so verhielt, und dass sich aus dem Urin der Patienten fast durchgehends ein oft ausserordentlich reichlicher Bodensatz von Uraten und reiner Harnsäure bildete. Neben den Untersuchungen des Urins aller meiner an Depression leidenden Patienten auf seinen Harnsäuregehalt, habe ich zum Vergleich auch den Urin einer sehr grossen Zahl anderer Kranken untersucht und in der That einen ganz bedeutenden Unterschied gefunden. Wenn die bekannten Momente, die in jedem Urin einen Bodensatz verursachen, — wie Fieber, starker Schweiss, bedeutende Abkühlung des Urins, kopiöse Mahlzeiten u. dergl. — ausgeschlossen sind, so finden wir in dem Urin normaler Menschen nur ganz ausnahmsweise eine Sedimentbildung, während sie bei den hier besprochenen Patienten die Regel ist. Natürlich kann auch bei ihnen der Bodensatz gelegentlich fehlen, denn erstens ist der Überschuss an Harnsäuregehalt sowohl des Urins als des ganzen Organismus etwas, das periodisch auftritt; ferner kann ein zufälliger Genuss von Alkalien, reichliche Aufnahme von Getränken etc. das Sediment für kurze Zeit zum Verschwinden bringen.

Im ganzen ist jedoch das Vorhandensein von Harnsäure so allgemein, und in den Fällen, wo ich nur einzelne, oder ganz wenige Untersuchungen machen konnte, ohne dabei Harnsäuresediment anzutreffen, sind die Angaben der Patienten selbst oder ihrer Umgebung über die Beschaffenheit ihres Urins in der Regel so positiv gewesen, dass ich mit grösster Sicherheit behaupten kann: *man trifft bei den an Depressionen leidenden Patienten durchgehends, sowohl während ihrer Anfälle, als auch ausserhalb derselben, die Neigung, einen stark sedimentösen Urin zu lassen, auch ohne die Einwirkung von Gelegenheitsursachen, welche die Bildung von harnsaurem Sediment begünstigen.*)*

So sicher und zweifellos feststehend diese Thatsache nun auch ist, lehrt sie uns doch natürlich an und für sich nichts über die Pathogenese der periodischen Depression. Selbst wenn die ständige Neigung des Urins, einen harnsauren Bodensatz zu bilden, als Beweis dafür angesehen werden darf, dass eine zu reichliche Bildung — oder zu geringe Umbildung — von Harnsäure im Organismus stattfindet (und daran haben wir wohl keinen Grund, zu zweifeln), so ist damit durchaus noch nicht gesagt, dass die

*) Genaue, quantitative Bestimmungen der Harnsäuremenge, — die überdies bei ambulanten Patienten unmöglich durchzuführen wären, — würden von keinem besonderen Werte sein. Die Menge der Harnsäure in einer einzelnen Urinprobe, oder in dem Urin von einem Tage oder überhaupt einem kurzen Zeitraum ist nämlich schon unter normalen Verhältnissen so wechselnd, dass es eigentlich keine Norm giebt, mit der man die wechselnden Werte vergleichen könnte. Wir wissen nicht, wieviel Harnsäure ein normaler Mensch während eines Tages ausscheidet, teils weil die Quantität desselben von den wechselnden Bedingungen des täglichen Lebens beeinflusst wird, teils weil es mit Hinsicht auf das quantitative Verhalten dieses Exkretionsstoffes unzweifelhaft bedeutende individuelle Unterschiede giebt.

harnsaure Diathese die Ursache der Depression bildet; und selbst wenn, wie es ohne Zweifel der Fall ist, diese beiden Erscheinungen in irgend einem Verhältnis zu einander stehen, so kann man sich dasselbe in sehr verschiedener Weise denken. Folgende Möglichkeiten scheinen mir ganz besonders nahezuliegen: 1. Kann die Harnsäure bei den hier erörterten Fällen eine ähnliche Bedeutung haben, wie die Phosphorsäure bei so vielen anderen nervösen Patienten, eine Bedeutung, die wohl manchem Zweifel unterliegt, die aber keinesfalls so aufgefasst werden kann, als wäre das Vorhandensein von Phosphorsäure im Organismus die Ursache der nervösen Symptome, sondern viel eher so, dass die nervösen Störungen auf die eine oder andere Weise die Veranlassung zur Phosphaturie geben; 2. Das Vorhandensein von überschüssiger Harnsäure bewirkt, besonders bei Ausfällung (Harnsäureinfarkt) in den Nieren eine Reizung dieser Organe, die so, „auf reflektorischem Wege" möglicherweise die Hirnfunktionen beeinflusst, ebenso wie man ja annimmt, dass diese von Reizzuständen im Verdauungskanal etc. beeinflusst werden; 3. Der abnorme Harnsäuregehalt des Blutes, die „harnsaure Diathese" wirkt direkt auf die Elemente des Centralnervensystems, und veranlasst eine Abänderung ihrer Funktionen.

Von diesen drei Theorien über die Bedeutung des Überschusses an Harnsäure erweisen sich jedoch bei näherer Betrachtung die beiden ersteren als unhaltbar. Als Beweis dafür will ich mich nur auf den schon erwähnten Umstand berufen, dass die vermehrte Harnsäuresekretion durchaus nicht auf die Depressionsperioden beschränkt ist, sondern auch — wenn schon, wie immer, mit Unterbrechungen, — in gesunden Zeiten auftritt, selbst wenn diese mehrere Jahre hindurch dauern; und dieses Verhalten bietet

weder eine Analogie mit der nervösen Phosphaturie, noch lässt es sich irgendwie mit einer Reflextheorie vereinbaren. Dass die abnorme Beschaffenheit des Urins jedoch keinesfalls als ein auf die nervösen Funktionsstörungen folgendes sekundäres Phänomen aufzufassen ist, geht auch aus einem anderen Umstand hervor, der für die Pathogenese des Leidens überhaupt von Bedeutung ist. Ich habe bei der Erwähnung der Wichtigkeit der Vererbung für dasselbe bemerkt, dass diese oft in anderer Weise erkennbar wird, als dadurch, dass periodisch deprimierte Eltern periodisch deprimierte Kinder haben. Damit wollte ich andeuten, dass man, auch wo die Eltern nicht an Depression gelitten haben, in der Regel nachweisen kann, dass bei ihnen eine harnsaure Diathese bestanden hat, die sich im Auftreten von Harnkonkrementen oder Gicht äusserte. Dasjenige, was vererbt wird, ist also die Diathese, der Harnsäureüberschuss im Organismus; diese ist also als das Primäre, als das Grundleiden aufzufassen, von welchem die Depression ganz ebenso eine Folgeerscheinung ist, wie es Gicht oder Konkrementbildung sein können. Es mag auf den ersten Blick befremden, auf einem Gebiete, wo man Harnkonkremente und Gichtknoten als Krankheitsprodukte zu finden gewohnt ist, eine solche Folgeerscheinung gezeigt zu bekommen; aber die letztere enthält doch auch andererseits manche unverkennbare Analogien mit den anderen klinischen Formen der harnsauren Diathese.

Wenn man das Bild des Gichtkranken oder des Blasensteinpatienten mit dem des Deprimierten vergleicht, so werden die unmittelbar evidenten grossen Unterschiede bald gegenüber den Ähnlichkeitspunkten zurücktreten, wie der ganz besonders hohen Erblichkeit dieser Leiden und ihrem spontanen, periodischen

Auftreten. Die Verschiedenheiten lassen sich leicht und einfach durch die verschiedene Lokalisation der Folgeerscheinung der Diathese erklären; aber die Periodizität und die Vererbung — und überdies die Vererbungsäquivalenz der einzelnen Krankheitsformen untereinander, — kommt in dem Masse und in der Form, wie wir sie bei den hier erörterten Leiden beobachtet haben, kaum auf irgend einem anderen Gebiete der Pathologie vor.*)

Wenn wir also von der Annahme ausgehen, dass die Depressionszustände, wo sie mit dem Verlauf und in der Form auftreten, wie ich sie hier geschildert habe, ein Beweis für das Vorhandensein von Harnsäurediathese, und als Folgen dieser Diathese — zu welcher die Disposition gewöhnlich angeboren ist — zu betrachten sind, so ist ja hiermit der Ausgangspunkt für eine rationelle Behandlung der Depression gegeben, eine Behandlung, die etwas weiter geht, als die rein symptomatische, expektative oder einschränkende, mit welcher man sich bei Geistesstörungen gewöhnlich begnügen muss. Allerdings können die Regeln für diese Behandlung bis jetzt nur in ihren einfachsten Grundzügen gegeben werden; wir sind bisher der Sache noch nicht näher gekommen, als

---

*) Ein direkter Beweis für das Vorhandensein von uratischer Dyskrasie, von Harnsäure im Blut bei den an Depression leidenden Patienten wäre selbstverständlich sehr erwünscht, ist aber ebenso schwer zu liefern, wie bei den übrigen Formen von Dyskrasie; Boucheron fand, dass bei verschiedenen Patienten der Speichel Murexidreaktion ergab, worauf er die Theorie einer harnsauren Diathese gründen zu können glaubte (L'union médicale 1881, Nr. 121). Dasselbe war der Fall bei mehreren meiner Patienten, deren Speichel ich nach der von B. angegebenen Methode untersucht habe; da es mir indessen an ausreichenden vergleichenden Untersuchungen fehlt, wage ich diesen Resultaten keine besondere Bedeutung beizumessen.

bis zur Aufstellung der summarischen Indikation: der vorhandenen Diathese muss entgegengearbeitet werden; und dabei wird es bleiben, so lange wir nichts näheres über die Art und Weise wissen, wie die Diathese auf das Nervensystem einwirkt und es schädigt. Es liegen hier verschiedene Möglichkeiten vor, indessen will ich mich nicht auf eine Prüfung derselben einlassen, da ich mich noch nicht imstande fühle, ein entscheidendes Urteil abzugeben.

Die Behandlung, welche ich nun eine längere Reihe von Jahren hindurch bei der periodischen Depression angewendet habe, geht auch wesentlich darauf aus, die uratische Diathese zu bekämpfen. Die dabei gebrauchten Mittel im einzelnen zu schildern ist ganz überflüssig, weil ich damit nichts sagen würde, was nicht allgemein bekannt wäre. Jedermann weiss, so gut wie ich, dass es sich nicht allein darum handelt, durch medikamentöse Behandlung die Ausscheidung der einmal gebildeten Harnsäure zu erleichtern und zu befördern, sondern dass man es sich in noch viel höherem Grade zur Aufgabe machen muss, durch diätetische Vorschriften die allzu reichliche Bildung derselben zu verhindern, und schliesslich, wo Neigung zu dieser Überschussbildung vorhanden ist, die Umsetzung, Verbrennung derselben, mit allen Mitteln anzuregen, die uns zur Beförderung des Verbrennungsprozesses im Körper zur Verfügung stehen.

Dass indessen neben diesen rationellen Indikationen in der Regel auch symptomatische vorliegen, ist klar. Hier möchte ich — besonders gegenüber der wenig glücklichen Art und Weise, in der man oft den psychischen Zustand dieser Kranken behandelt —

energisch darauf bestehen, dass man die Patienten nicht sich selbst überlassen, ihnen nicht gestatten darf, dass sie ihrem Hange folgen, sich zurückzuziehen, menschliche Gesellschaft zu meiden, ihre gewohnte Beschäftigung aufzugeben und sich ganz ihrem Kummer hinzugeben. Man muss im Gegenteil alles thun, um ihnen den geistigen Stimulus zu verschaffen, dessen ihr träges Nervensystem bedarf, um einigermassen wieder in seinen alten Funktionszustand zurückzukehren; man muss sie so viel wie möglich dazu zwingen, sich beständig zu beschäftigen, und daneben muss man für wechselnde, starke Eindrücke sorgen. Bei dem Bemühen, in dieser Richtung zu wirken, hat der Arzt gewöhnlich mit Widerstand seitens des Patienten selbst zu kämpfen von dem ein Mass von Anstrengung und Überwindung verlangt wird, für welches es ihm in der Regel an Energie und Ausdauer fehlt, besonders wenn es sich um eine längere Zeit handelt, und die Besserung nicht sogleich eintreten will. Deshalb erreicht der Arzt in dieser Hinsicht auch selten etwas, wenn er nicht auf intelligente und unermüdliche Unterstützung seitens der Umgebung des Kranken rechnen kann.

Etwas, das ich den Patienten und ihrer Umgebung gegenüber nie stark zu betonen versäume, ist, dass es sich hier nicht um zeitweilige Verhaltungsmassregeln, oder gar eine kurze Kur handelt, sondern dass sie — allermindestens mehrere Jahre hindurch — ihre ganze Lebensweise darauf einrichten müssen, ihrer krankhaften Disposition entgegenzuarbeiten. Die Harnsäurediathese beruht, wenn sie erblicher Natur ist, auf einer eigentümlichen Konstitution des Organismus, die wir zwar nur höchst unvollständig kennen, von der wir aber soviel wissen, dass es nicht in unserer Macht steht, sie zu entfernen, und dass wir froh sein können, wenn es uns gelingt, ihre Wirkungen zu neutralisieren.

Natürlich ist es in nur allzuvielen Fällen ganz unmöglich, dem Patienten, sowie auch denen, die mit ihm zu thun haben, das gewiss nicht geringe Mass von Energie und Ausdauer zu verschaffen, das zur Befolgung solcher ausführlicher Verhaltungsregeln — selbst wenn diese in keiner Weise störend in die Aufgaben des täglichen Lebens eingreifen — gehört. Denn es wird doch oft das Aufgeben dieser oder jener Lebensgewohnheit, die Gewöhnung an eine andere, verlangt, und unglücklicherweise tragen die Gewohnheiten, welche angenommen werden sollen, einen mehr aktiven Charakter als die aufzugebenden, so dass sie dem Kranken, für den jede Anforderung an seine Thatkraft so schrecklich ist, nichts weniger als verlockend erscheinen.

Wenn mir nun die Frage vorgelegt wird, welche Resultate ich mit der in ihren Grundzügen hier skizzierten Therapie erreicht habe, so befinde ich mich in einiger Verlegenheit. Die therapeutischen Resultate sind nämlich — wie es in der Natur der Sache liegt — keineswegs so schlagend und entscheidend, dass sie nicht Zweifeln unterworfen wären. Es kann, wie ich bereits bemerkt habe, keine Rede davon sein, die dem Leiden zu Grunde liegende, angeborene Disposition aufzuheben oder zu heilen, wir können nur ihren Wirkungen entgegenarbeiten; hält man dann mit der Behandlung, mag sie nun diätetisch oder medikamentös sein, ein, so treten diese Wirkungen wieder auf, selbst wenn es gelungen war, sie für einige Zeit ganz aufzuheben. Aber wie soll man entscheiden, ob man mit seiner Therapie überhaupt einen Einfluss auf den Verlauf einer Krankheit erlangt hat, deren verschiedene Phasen an sich so ganz regellos sind und sich nicht voraussehen lassen? Nach einer Krankheitsperiode von unbestimmter Dauer tritt das

Leiden ja so wie so in ein besseres Stadium ein, unabhängig von jeder Therapie; auch die freien Zwischenräume sind ja von unbestimmter Länge, so dass sich nicht entscheiden lässt, ob die Behandlung etwas dazu beiträgt, sie zu verlängern, oder nicht. Ebenso wie mit dem Verlauf der Krankheit geht es auch mit ihrer Intensität. Von einem sehr energischen Auftreten des Leidens in der einen Periode lässt sich nicht mit Sicherheit auf eine ebenso grosse Intensität in der nächsten schliessen, so dass die scheinbaren Resultate der Behandlung auch auf diesem Gebiete zweifelhaft werden. Dazu kommt, dass es in der Regel unmöglich ist, die Patienten fortwährend, oft Jahre hindurch, mit Bezug auf die Durchführung der vorgeschriebenen Verordnungen zu kontrollieren; so ist es leicht zu begreifen, dass sich, was die Resultate der Behandlung anbelangt, auch nicht der Schatten einer Statistik aufstellen lässt, sondern dass man sich mit rein persönlichen Eindrücken begnügen muss. Ich will mich daher auch darauf beschränken, in aller Kürze meine Überzeugung auszusprechen, die ihre beste Stütze darin hat, dass sie von vielen meiner Patienten geteilt wird. Ich halte es für möglich, jedenfalls bei jüngeren Personen und in nicht allzu intensiven Fällen, durch eine, in der hier angegebenen Weise durchgeführte Therapie die Depressionsperioden zu verkürzen und wesentlich abzuschwächen, sowie die freien Zwischenräume zu verlängern; — nicht aber die Krankheit radikal zu heilen.

Ehe ich schliesse, möchte ich nun noch in aller Kürze die Frage berühren, ob die von mir hervorgehobene pathogenetische Auffassung früher schon einmal geäussert worden ist, wenn auch nicht als klar formulierte Theorie — eine solche ist natürlich nicht möglich gewesen, da die periodische Depression bisher nicht als selbständige Krankheitsform angesehen wurde — so doch andeutungsweise. Ich will indessen gleich zugestehen, dass ich es nicht für unbedingt nötig gefunden habe, jeder diesbezüglichen Äusserung nachzuspüren, die vielleicht en passant der Feder dieses oder jenes Autors entschlüpft ist. Es ist daher nicht unmöglich, dass ich dies oder das übersehen habe, aber keinesfalls etwas von Bedeutung, da ich jetzt schon mehrere Jahre hindurch meine Aufmerksamkeit auf alle etwaigen Äusserungen anderer Beobachter, die meine Auffassung stützen könnten, gerichtet hatte. Leider ist die Ausbeute sehr gering gewesen. Man findet zwar beständig die Angabe, dass die arthritische Diathese Veranlassung zu Geistesstörungen geben kann, aber die Sache wird gewöhnlich so dargestellt, dass die plötzliche Unterdrückung eines Gichtanfalls den Ausbruch einer Geistesstörung zur Folge hat. Ob diese Beobachtung für meine Auffassung angeführt werden kann, ist offenbar zweifelhaft. Eine stärkere Stütze für meine Auffassung bildet die Angabe Maudsleys in seinem bekannten Buch über Geistesstörungen, der bei Gelegenheit der Ätiologie derselben auch auf die grosse Bedeutung des Vorhandenseins von Exkretionsstoffen im Blut hinweist und gleich darauf mitteilt, dass er in mehreren Fällen bei Personen mit arthritischer Diathese „Melancholie“ beobachtet hat, die bei zweckmässiger Behandlung der Gicht geheilt wurde. Bei Gelegenheit einiger Bemerkungen über „Neurasthenie“ (L'union méd. 1882)

sagt Huchard, dass dieses Leiden — unter dessen sehr weiten Begriff sicherlich auch viele Fälle periodischer Depression fallen, — sich gewöhnlich auf arthritischer Basis entwickelt; eine Äusserung die bei ihrer Flüchtigkeit und geringen Motivierung erklärlicherweise unbeachtet geblieben ist. Auch Arndt spricht in seiner nur allzu ausführlichen Abhandlung über Neurasthenie von einer Verwandtschaft zwischen diesem Leiden und Arthritis nicht nur, sondern auch mit Rheumatismus, den er sogar geneigt ist, als eine der Äusserungsformen der Neurasthenie zu betrachten.

Dies ist, soviel ich weiss, alles, was frühere Verfasser über das hier hervorgehobene pathogenetische Verhalten gesagt oder vielmehr angedeutet haben. Ich habe also aus früherer Zeit so gut wie nichts, auf das ich mich stützen könnte. Um so mehr hoffe ich, dass die Sache nun bei zeitgenössischen Forschern Beobachtung finden wird, denn ich bin überzeugt, dass diese meine Bemerkungen, so lückenhaft sie auch in mancher Beziehung sein mögen, doch dazu beitragen werden, die Aufmerksamkeit der Ärzte auf eine so ernste, so häufige und so sehr vernachlässigte Krankheitsform hinzulenken.

Nachschrift.

(1895.)

Obschon mein Beobachtungsmaterial in den fast zehn Jahren, die seit der ersten Auflage dieser Abhandlung verflossen sind, ausserordentlich stark gewachsen ist, habe ich doch an meiner Schilderung der Krankheit oder an meiner Auffassung ihrer Pathogenese so gut wie nichts zu ändern.

Dass meine Darstellung des Krankheitsbildes korrekt war, dafür kann ich mich — was ich besonders hervorheben möchte — auf das Zeugnis einer grossen Zahl von Patienten berufen, die, angelockt von dem Titel des Buches, der auf ihre eigene Krankheit zu passen schien, dasselbe aus eigenem Antriebe durchstudiert haben, ehe sie sich an mich wendeten. Das ist für mich von ganz besonderem Werte gewesen, denn bei der ausgesprochenen Subjektivität fast aller Symptome dieses Leidens kann Niemand die Korrektheit der Schilderung so gut beurteilen, wie die Kranken selbst. Als einzige Berichtigung des Vorhergegangenen möchte ich die Bemerkung, dass die Depressionsperioden bei Frauen nie in die Zeit der Gravidität fallen, gestrichen wissen. Spätere Er-

fahrungen haben mich nämlich gelehrt, dass dies sehr wohl der Fall sein kann, ja dass es nicht einmal etwas besonders seltenes ist.

Der Versuch, die periodische Depression als besondere Krankheitsform zu betrachten und ganz besonders sie von der Melancholie zu trennen, scheint ja im ganzen, so weit ich urteilen kann, von allen denjenigen meiner Fachgenossen anerkannt worden zu sein, die Gelegenheit gehabt haben, sich ein selbstständiges Urteil in der Sache zu bilden. Professor Stenbergs Kritik meines diesbezüglichen Standpunktes beruhte ja auf einem offenbaren Missverständnis. Dagegen weiss ich, dass meine Ansicht über die Pathogenese des Leidens bei verschiedenen Kollegen mit Misstrauen aufgenommen, oder aber ganz und gar abgelehnt worden ist, — weshalb, ist mir nicht ganz klar, da sich doch a priori nichts dagegen einwenden lässt, und wahrscheinlich keiner von ihnen meinen Beobachtungen Erfahrungen gegenüberzustellen hat, die dieselbe entkräften könnten. Ich für meinen Teil kann nur sagen, dass die seit dem ersten Erscheinen des Buches in reicher Zahl neuhinzugekommenen Erfahrungen die Richtigkeit meiner Theorie über den Zusammenhang von periodischer Depression und Harnsäurediathese nur bestätigt haben. Eine besonders wertvolle Stütze hat meine Theorie auch dadurch erhalten, dass eine auffallend grosse Anzahl von Kollegen durch Beobachtungen an sich selbst veranlasst worden sind, meine Auffassung von der Pathogenese des Leidens zu teilen. Ich könnte unter anderem drei oder vier Namen nennen, die in diesem Zusammenhang von ganz besonderem Werte wären.

Es ist schlimm für eine wissenschaftliche Theorie, wenn sie sich zu ihrer Verteidigung auf den Beifall berufen muss, den sie gefunden hat, und nicht in sich

selbst Halt genug besitzt. Für die Theorie, von welcher hier die Rede ist, kann es indessen kaum anders sein, — jedenfalls ist ein allen einleuchtender, objektiv gültiger Beweis für ihre Richtigkeit schwer zu führen. Aber ich glaube nicht, dass man die Frage in dieser Richtung ganz korrekt beurteilt, es sei mir daher gestattet, hier ein paar orientierende Worte über diesen Punkt einzuflechten.

Es ist mir oft der Vorwurf gemacht worden, dass ich nicht eine genügend grosse Reihe quantitativer Harnsäurebestimmungen bei meinen Patienten gemacht habe, aber diese Forderung beruht auf einer vollständigen Verkennung der Verhältnisse. Ich will mich bei den praktischen Schwierigkeiten nicht aufhalten, die so gross sind, dass sie sich nicht einmal in der Krankenhausbeobachtung überwinden lassen; es giebt eigentlich überhaupt keine brauchbaren klinischen Harnsäurebestimmungen, denn die, welche sich nur auf wenige Tage erstrecken, haben keinen besonders grossen Wert. Aber das braucht man nicht so zu beklagen, wie es manchmal geschieht, besonders wenn es sich um die Diagnose der Harnsäurediathese handelt. Denn wenn man selbst das Unmögliche möglich machte und längere Zeit hindurch täglich den Harnsäuregehalt des gesamten Urins eines ambulanten Patienten bestimmte, — was wäre damit für eine solche Diagnose gewonnen? Absolut nichts! Ist es nachzuweisen gelungen, dass der betreffende Patient eine abnorm grosse Menge von Harnsäure ausscheidet, so kann man daraus unmöglich den Schluss ziehen, dass dieselbe Substanz sich auch in seinem Körper ansammelt, — der entgegengesetzte Schluss würde hier näher liegen. Und findet man zu wenig Harnsäure in seinem Urin, so kann das ebensogut darauf beruhen, dass der Kranke zu wenig von dieser Substanz

produziert, als darauf, dass er das einmal Produzierte nicht reichlich genug ausscheidet. Man kann deshalb, sowohl aus einer zu geringen, als aus einer zu grossen Menge von Harnsäure auf das Vorhandensein von Harnsäurediathese schliessen; und in der That führt ja eine bekannte Theorie eine Form der Diathese auf Abnormitäten der Nieren zurück, welche die Ausscheidung der Harnsäure verhindern. Man kann daher sowohl einen grossen als einen geringen Harnsäuregehalt des Urins als Argument für das Vorhandensein der Diathese verwerten, und diejenigen, welche ihre Diagnose auf quantitative Bestimmungen dieser Substanz gründen wollen, vergeuden ihre Mühe. Oder sollte es jemandem einfallen, aus der Quantität des Geldes, das ein Mann ausgiebt, auf seinen Reichtum zu schliessen?

In der That giebt es ja in der ganzen weiten Welt keinen Kliniker, der, wenn er eine Harnsäurediathese diagnostiziert, dies auf Grund quantitativer Harnanalysen thut, — wenn es auch vielleicht einige geben mag, denen, weil sie die Verhältnisse falsch beurteilen, eine so begründete Diagnose als frommer Wunsch vorschwebt. Die diagnostischen Anhaltpunkte sind ganz andere; vielleicht sind sie nicht absolut zuverlässig, immerhin aber, wenn alles zusammen kommt, ausreichend, besonders wenn sie mit Kritik angewendet werden.

Es ist die uratische, arthritische Gelenkaffektion, die hier den eigentlichen Ausgangspunkt bildet. Die artikuläre Gicht ist bis dato die einzige Krankheit, die handgreiflich beweist, dass Harnsäure im Organismus zurückgehalten und aufgehäuft wird, gleichviel ob diese Anhäufung ihre Ursachen, wie manche annehmen, darin hat, dass die Nieren erkranken und nicht imstande sind, die Harnsäure auszuscheiden, oder

aber darin — was zweifellos das Richtige ist — dass ein bedeutendes Übermass an Harnsäure produziert wird, mit dem der Organismus nicht fertig werden kann. Bei der anderen grossen Harnsäurekrankheit, der Lithiasis urinalis, handelt es sich ja nur um eine Ausfällung von Harnsäure, nachdem dieselbe vom Organismus ausgeschieden ist, sei es nun in der Harnblase, im Nierenbecken oder in den Nierenkanälen, — nicht um eine Aufhäufung derselben in den Säften und Geweben des Körpers. Es ist wohl wahr, dass man in den Nieren ausgefällte Harnsäure nicht allein im Lumen der Kanäle findet, sondern auch interkanalikulär; aber hierbei handelt es sich sicher um ein mechanisch bedingtes Austreten der ausgefällten krystallinischen Massen aus dem Innern der Kanäle durch die Wände derselben hindurch; wenigstens trifft man die interstitielle Infiltration an derselben Stelle und zusammen mit der kanalikulären Ablagerung, also hauptsächlich in den Pyramiden. Die Ausfällung der ausgeschiedenen Harnsäure, die Konkrementbildung kann nun an sich durchaus nicht als Beweis für das Vorhandensein von Harnsäurediathese gelten; es liesse sich denken, dass sie auf ganz anderen Dingen beruht, wie z. B. habitueller stark saurer Reaktion des Urins, Vorkommen von korpuskulären Elementen, abgestossene Zellen, oder ähnlichen Veranlassungen zur Ausfällung der Harnsäure. Dass die Konkrementbildung indessen, wie es meist der Fall ist, ein Symptom für das Vorhandensein von Harnsäurediathese bildet, dafür haben wir nur indirekte Beweise; der beste Prüfstein für die Existenz der Diathese ist ihr häufiges Zusammentreffen mit anderen Harnsäureaffektionen, speciell der Arthritis, und besonders ihre reciproke Erblichkeit mit dieser letzteren. Da sie zusammen auftreten, und sich wechselseitig vererben, so müssen

diese zwei Affektionen dieselbe Pathogenese haben; und das beweist einerseits, dass die Lithiasis auf einer Harnsäurediathese beruht, und andererseits, dass die Gicht ihre Ursache nicht in einer Hinderung der Harnsäureausscheidung seitens der Nieren hat. Ist aber das Vorkommen von Stein und Gries ein Beweis für die Harnsäurediathese, so ist es das uratische Sediment natürlich auch, — wenn gebührend Kritik angewendet wird; denn der Unterschied zwischen letzterem und den eigentlichen Konkrementen, liegt nur in der Aggregationsform, und der Übergang ist ganz unmerklich. Es wird ja auch niemand bezweifeln, dass der Urin von Individuen mit Neigung zur Steinbildung oft sedimentös ist.

Auf das Vorhandensein dieser in der Regel leicht erkennbaren Phänomene: arthritische Gelenkaffektionen, oder Nierenkonkremente, oder Sedimente, gründet sich die Diagnose der Harnsäurediathese, — nicht auf quantitative Harnsäurebestimmungen; und diese diagnostischen Momente sind es auch, auf denen meine Annahme von dem Vorhandensein der Diathese bei meinen an Depressionen leidenden Patienten beruht. Ausserordentlich viele von ihnen leiden an Nierenkoliken, und bei den meisten liessen sich im Urin ohne irgendwelche Veranlassung uratische Ausfällungen, die oft aus reiner Harnsäure bestanden, nachweisen, — etwas, was niemals normal sein kann. Bei einer weit geringeren Zahl der Patienten, aber doch so vielen, dass von einem zufälligen Zusammentreffen nicht die Rede sein kann, war eine Neigung zu arthritischen Leiden vorhanden. Ganz besonders häufig scheinen sich die Gelenkaffektionen in dem Stadium, wo sie noch flüchtig sind, wo sie gehen und kommen und wieder verschwinden, mit der Depression zu komplizieren. Haben sie sich erst durch bedeutende Ab-

lagerungen in und bei den Gelenken festgesetzt, dann scheinen sie eher als Harnsäureableiter für den übrigen Organismus zu dienen. Mehrere Male habe ich auch einen tiefen Depressionszustand mit dem Einsetzen eines regulären Podagraanfalls verschwinden sehen. Man trifft ja sehr oft auf dem Gebiete der uratischen Erkrankungen auf solche Erscheinungen von Antagonismus oder Vicariieren. — Übrigens hat die Diathese noch viele andere Manifestationen, die bald selbständig, bald in Verbindung mit den bereits erwähnten auftreten, und deren Auftreten auch von diagnostischer Bedeutung sein kann. Aber es würde mich zu weit führen, wollte ich mich hier auf das noch lange nicht genügend durchgearbeitete Kapitel der verschiedenen Äusserungsweisen der harnsauren Diathese einlassen.*)

Obschon sich die Harnsäurediathese in der Regel bei dem Auftreten der erwähnten Erscheinungen diagnostizieren lässt, so giebt es doch Fälle, wo diese uns im Stich lassen. Nicht jeder Diathetiker hat ja Arthritis oder Lithiasis, bei einer ganzen Menge von ihnen findet man kein anderes Krankheitssymptom, als die Depression, und für diese Fälle müsste es gestattet sein, durch einen Analogieschluss das Vorhandensein der Diathese zu diagnostizieren, denn wenn man auch aus den verschiedensten Gründen deprimiert sein kann, so kennen wir doch für die spontan recidivierende, periodische Depression keinen anderen Grund als die Harnsäurediathese. — Jedoch braucht man sich auch in diesen Fällen nur selten mit solchen Analogieschlüssen zufrieden zu geben; selbst wo die

*) Einige hierauf bezügliche kurze Notizen habe ich in einem Referat über Dr. Levisons (dänisch geschriebenes) Buch über Harnsäurediathese (Hospitalstidende 1893 Nr. 23) gegeben.

Depression als einziges Symptom auftritt, ist doch immer ein starkes Indicium für den Ursprung derselben aus einer Harnsäurediathese gegeben, und zwar in der Erblichkeit oder Familienanlage. Die Patienten stammen ausserordentlich häufig von Personen ab, oder zählen solche unter ihren Verwandten, die evidente Symptome der Diathese zeigen; es ist dies ein so allgemeiner und so sehr bedeutungsvoller Umstand, dass selbst der stärkste Unglaube sich dadurch überzeugen lassen müsste; wenn man noch hinzunimmt, dass die Periodizität selbst ein Zug ist, der, ausser auf dem Gebiet der Harnsäurekrankheiten, selten vorkommt, aber bei diesen letzteren konstant ist, so glaube ich, hat man einen so voll befriedigenden klinischen Beweis für die Abhängigkeit der Depression von der Diathese geliefert, wie man es unter diesen Umständen verlangen kann.

Diese Bemerkungen haben einen etwas apologetischen Charakter bekommen, und zwar nicht ohne Grund; es ist mir, wie bereits erwähnt, wohlbekannt, dass meine pathogenetische Theorie der Depression mit einigem Misstrauen aufgenommen worden ist, hauptsächlich wohl darum, weil aus meiner Darstellung nicht zur Genüge hervorging, wie sicher die Basis ist, auf der sie beruht. Dies kann, glaube ich, nur zum Schaden der so ausserordentlich zahlreichen, an Depression leidenden Patienten geschehen, denn aus der pathogenetischen Theorie sollten ja hier die therapeutischen Indikationen abgeleitet werden. Die Patienten erfahren sehr oft eine wenig zweckmässige, nicht selten sogar eine direkt schädliche Behandlung. Ich will mich, mit Rücksicht auf die allgemein üblichen Behandlungsmethoden nur darauf beschränken, vor dem Gebrauch von Bromkalium und Opium zu warnen. Nichts scheint natürlicher, als dass man bei dem

Angstgefühl und der quälenden Unruhe, welche die Depression so oft begleiten, geschweige denn bei der so häufigen Schlaflosigkeit, die Wirkung des Bromkali versucht; ich habe das natürlich auch gethan, aber ich habe erfahren, dass dies ein sehr gefährliches Mittel ist, abgesehen davon, dass die Linderung, die es manchmal verschafft, von sehr kurzer Dauer ist. Die Patienten selbst verurteilen es oft energisch, und haben ein ganz richtiges Gefühl dafür, dass dieses Mittel, ihre von vornherein schon stark mitgenommene Willenskraft, die sie doch gerade besonders nötig haben, aufs Äusserste herabsetzt, und zugleich ihre für sie selbst so quälende Gleichgültigkeit für die Umgebung, ihre Teilnahme- und Interesselosigkeit noch erhöht. Die sehr verbreitete Neigung, die Deprimierten mit Opium zu behandeln, hat zweifellos ihre Ursache darin, dass man sie als Melancholiker betrachtet. Das Opium gilt jetzt, seit ungefähr 30 Jahren, allgemein in der psychiatrischen Praxis als eine Art von Spezifikum gegen Melancholie, und obschon die Triumphe dieses Medikaments sicher nur bescheiden gewesen sind, hat es doch in Ermangelung von etwas Besserem seinen Platz behauptet, — als eine Art von Routinemittel gegen diese Krankheit; und nun müssen auch die periodisch Deprimierten — denen es entschieden schadet, gleichviel ob es bei Melancholie wirksam sein mag, oder nicht — unter dieser Routine leiden. Das Opium stiftet bei seiner Anwendung gegen Depressionszustände dasselbe Unheil, wie das Bromkalium, nur ist es gefährlicher, denn es führt zweifellos eine gewisse, augenblickliche Linderung herbei und wird deshalb vom Kranken, und manchmal auch vom Arzte als wirklich heilsam betrachtet, während es in der That schädlich einwirkt. Eine längere Zeit hindurch fortgesetzte Opiumbehandlung

4*

ist mir immer als sehr schlimme Komplikation der Krankheit erschienen, die eine Heilung derselben höchst zweifelhaft macht.

Für einen, der aus Erfahrung weiss, ein wie häufiges Leiden die periodische Depression ist, und der für dieses leicht kenntliche, im Wesentlichen immer gleichbleibende Krankheitsbild einen guten Blick hat, muss es auffallend sein, dass dasselbe sich in dem allgemeinen Bewusstsein der Ärzte noch nicht zu einem eigenen pathologischen Begriff ausgebildet hat. Meine Abhandlung hat, wie es scheint, in dieser Hinsicht nicht viel ausgerichtet. Ich habe dem weiter oben gegebenen Bericht über die Stellung dieser Frage in der Litteratur jetzt — 10 Jahr nach Herausgabe der ersten Auflage dieses Werkchens — nichts Besonderes hinzuzufügen. Ich habe die Genugthuung gehabt, in Dr. Levison (in seiner Abhandlung über Harnsäurediathese) und Oberarzt F. Lange*) (in seinem kürzlich erschienenen Buche [De vigtigste Sindsygdomsgrupper i kort Omrids, 1894] über die wichtigsten Gruppen der Geistesstörungen) Anhänger zu finden. Ebenso hat der unermüdliche Forscher auf dem Gebiet der Harnsäure in England, Haig, meine Auffassung der periodischen Depression als auf Diathese beruhend (Uric. acid Diseases und an anderen Orten) angenommen; das ist alles.

Die Gründe dafür, dass eine so ausgeprägte Krankheitsform der allgemeinen Aufmerksamkeit entgehen konnte, habe ich bereits oben berührt. Es ist mir

---

*) Eingehend besprochen im „Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie“, Augustheft 1895. — K.

aber im Laufe der Zeit immer klarer geworden, dass das, was die meisten Ärzte, selbst die Specialisten immer noch verhindert, einen klaren Blick für dieses Leiden zu bekommen, der moderne Krankheitsbegriff der „Neurasthenie" ist, diese partie honteuse unserer neuesten Nervenpathologie, die überhaupt Schuld daran trägt, dass man sich gegenüber den funktionellen Nervenleiden so willig mit einem blossen Namen begnügt, statt ihrer Natur und ihren Ursachen nachzuspüren. Die Mehrzahl meiner Patienten melden sich bei mir in den letzten Jahren als „Neurastheniker", oft specieller, als „cerebrale Neurastheniker", oder „Cerebrospinal-Neurastheniker" oder mit anderen, ebenso instruktiven Varianten der Neurasthenie.

Die Neurasthenie ist ein pons asininus der niedrigsten Sorte, — von denen, die immer sicher sein können, stark benutzt zu werden; daher ihre unerhörte Popularität. Für die Entwickelung der Pathologie der Neurosen ist sie jedenfalls im höchsten Grade hinderlich gewesen. Hier, wo gerade die schärfste Analyse am Platze wäre, hat der Begriff der Neurasthenie die gröbste Synthese eingeführt, und hat noch dazu den Glauben erweckt, damit sei etwas sehr gutes gethan. Wenn man einer funktionellen Nervenstörung gegenüber steht, ist es ja unleugbar sehr bequem, sein Gewissen damit zu beruhigen, dass man die Krankheit nicht „Nervosität" nennt, sondern „Neurasthenie" tauft, und sich einbildet, damit einen Schritt vorwärts gethan zu haben.*)

*) Es dürfte überflüssig sein, ausdrücklich hervorzuheben, dass die obenstehenden Bemerkungen sich nicht auf den ursprünglichen amerikanischen Begriff „Neurasthenie" beziehen. Beard bezeichnete mit diesem Namen eine „essentially American Malady arising from malassimilation and a rapid wasting of the nervous tissue due to national weakness of structure." Ob das Nervensystem der Ameri-

So kann es natürlich nicht lange weitergehen. Man fängt ja auch allmählich an, die Neurasthenie in verschiedene Arten oder Formen aufzulösen; auf diesem Wege wird es allmählich gelingen, dem Unheil zu steuern, welches dieser Begriff angerichtet hat; dass man den nichtssagenden Namen beibehält, schadet nicht so sehr viel. Aber das, worauf ich speciell hinweisen wollte, ist, dass man allmählich — wie aus verschiedenen, wenn auch noch sehr schwachen und verworrenen Andeutungen hervorgeht — in dem Chaos der Neurasthenie die periodische Depression zu entdecken beginnt. In einer sonst wenig instruktiven kleinen Abhandlung von John Ordronaux: „Neurasthenia in its relations to Melancholia" (Brooklyn med. journ., Juni 1895) formuliert der Verfasser die erste seiner Thesen folgendermassen: „Neurasthenia is one of the prodromic stages of melancholia." Dieser Satz ist an sich selbst zweifellos unrichtig, und beruht wahrscheinlich auf der Verwechselung von Depression und Melancholie, vor der ich oben gewarnt habe; aber jedenfalls ist der Verfasser doch auf die Häufigkeit der Depression bei sogenannten Neurasthenikern aufmerksam geworden. Die andere schwache und unklare Andeutung eines Verständnisses befindet sich in einem Artikel von P. Sollier: „Sur une forme circulaire de la neurasthénie" (Rev. de méd., Decbr. 1893). Der Verfasser schildert hier die Depressionszustände in ihren Hauptzügen richtig, und hat auch ein Auge für die Periodizität derselben, aber er schil-

kaner wirklich von so mangelhafter Beschaffenheit ist, darüber will ich mir kein Urteil anmassen. Aber wenigstens ist hier das Bestreben nach einer Analyse bestimmter Krankheitssymptome deutlich, die sich fern hält von dem Durcheinanderwerfen, das die Ausdehnung des Begriffs über sein geographisches Ursprungsgebiet hinaus begleitet hat.

dert — entweder in Reminiscenzen an den zirkulären Wahnsinn, oder aber auf Grund eines nicht ganz reinen Materials — die Zeiträume zwischen den Depressionsperioden als Perioden von bestimmter Dauer, wodurch die Auffassung des ganzen Zustandes durchaus unrichtig wird. Ich habe bei meinen ca. 2000 an Depression leidenden Patienten, bei denen ich doch grösstenteils den Verlauf der Krankheit verfolgen konnte, niemals auch nur eine Spur von bestimmter Zeitdauer der Perioden beobachtet.*)

*) Professor Lange hat neuerdings einige weitere Bemerkungen zur Kenntnis der periodischen Depression, und der uratischen Diathese überhaupt, in Nr. 50 der Hospitals-Tidende gemacht. Es ist das in Form einer Replik auf eine Recension der vorliegenden Schrift von Professor Pontoppidan geschehen. Er führt darin aus, dass zwischen den meisten periodischen — nicht den paroxysmatischen — Nervenkrankheiten und der uratischen Diathese ein Zusammenhang besteht. Als solche (neben der periodischen Depression) nennt er: die periodische Schlaflosigkeit, den periodischen Frigor morbidus, das periodische nervöse Asthma, den periodischen Pruritus nervosus, die periodische Urticaria, das periodische angioneurotische Oedem, das periodische neurotische Ekzem, manche periodische Kardialgieen, die periodische Gesichtsneuralgie. Kurz, aber sehr energisch weist Lange hier ferner jeden Zusammenhang zwischen der uratischen Depression und der erblichen Degenerescenz ab. — K.

Inhalt.

Nachschrift.

Verl... ...n 34.

Grund... ...it Be-
...osen-
... 1893.
... 11.—.

Vorle... ...ilhelm
... *M* 12.50.

Das ... Autori-
... *M* 1.50.

Das ... psycho-
...insicht.
... Hoppe,
... *M* 1.50.

De... ...die. Von
...t Vorwort
...l. *M* 5.—.

Zu... ...ksicht auf
...on Professor
...ext und auf
... *M* 8.—.

W... ...on Dr. Carl
... *M* 1.50.

D... ... Von Prof.
... Jac. Mole-
... Fraenkel.
... *M* 6.—.

L... ...ungen und
...ruenhagen.
... *M* 40.—.

Physiologie der ... ...hagen. Mit 43 Abbildungen. *M* 6.—

Leitfaden der Hygiene des Auges. Von Dr. Perlia. Mit 32 Abbildungen. 1893. *M* 2.—.

Krolls Stereoskopische Bilder. Dritte, verbesserte Auflage. Von Dr. R. Perlia. 1895. (Für schielende Kinder.) *M* 3.—.

Prostitution und Abolitionismus. Briefe von Dr. B. Tarnowsky, Professor an der medizinischen Akademie in St. Petersburg. 1890. *M* 5.—.

Gesundheitspflege im Mittelalter. Kulturgeschichtliche Studien nach Predigten des 13., 14. und 15. Jahrhunderts. Von Dr. med et phil. L. Kotelmann, Augenarzt in Hamburg. 1890. *M* 6.—.

Lehrbuch der allgemeinen Psychologie. Von Prof. Dr. Johannes Rehmke in Greifswald. 1894. *M* 10.—.

Die Lehre von den spezifischen Sinnesenergien. Von Dr. Rudolf Weinmann. 1895. *M* 2.50.

Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane. In Gemeinschaft mit S. Exner, E. Hering, J. v. Kries, Th. Lipps, G. E Müller, C. Pelman, W. Preyer, C. Stumpf herausgegeben von Herm. Ebbinghaus und Arthur König. Sechs Hefte bilden einen Band. Preis des Bandes *M* 15.—.

Probenummer unentgeltlich und postfrei.

Druck von Hesse & Becker in Leipzig.

